

# Mamoplastia de reducción con cicatrices pequeñas para grandes hipertrofias mamarias o gigantomastias

## Reduction mammoplasty with short scars in big mammary hypertrophy or gigantomasty



Yépez Intriago, M.

Yépez Intriago, M.\*, Estrella Tejada, P.\*, Vélez Polit, E.\*\*

### Resumen

En la última década, algunos cirujanos plásticos hemos procurado crear técnicas de mamoplastia de reducción con cicatrices menores tratando de no alterar la morfología y la fisiología de la mama. Algunas de ellas dejan resultados poco agradables y ptosis inmediatas en pacientes con grandes hipertrofias mamarias o gigantomastias que necesitan de cicatriz en T invertida para eliminar el exceso de tejido presente en estos casos, con una cicatriz en surco inframamario que muchas veces sobrepasa lateralmente la línea axilar anterior y llega, medialmente, hasta la región esternal.

Con el objetivo de obtener cicatrices en el surco inframamario que no sean mayores de 10 cm. de longitud, presentamos una nueva técnica de mamoplastia de reducción realizada en 52 pacientes, con edades comprendidas entre los 16 y los 70 años, que presentaban grandes hipertrofias mamarias o gigantomastias. Esta técnica, con la cual hemos logrado extirpar hasta 1.500 gr. de tejido mamario, tiene una marcación que permite desde el inicio reseca el exceso de tejido del polo inferior de la mama con una cicatriz no mayor de 10 cm. de longitud en el surco inframamario, debido a que las prolongaciones medial y lateral de la mama se tratan con liposucción superficial. Un colgajo glánduloadiposo de pedículo superior ayuda a elevar la mama, a llenar el polo superior de la misma y a aumentar su proyección.

**Palabras clave** Mamoplastia de reducción, Hipertrofia mamaria, Gigantomastia, Liposucción.

**Código numérico** 521-5210

### Abstract

In the last decade, Plastic Surgery has created reduction mammoplasty techniques with less scarring trying not to modify the normal morphology and physiology of the breast. Some of them leave unpleasant results and immediate ptosis in patients with great hypertrophy or gigantomasty; great need of inverted T scar for removal of excess tissue present in these cases produce a scar in the inframammary crease that often exceeds the anterior axillary line side and reach the medial sternal region.

In order to have minor scars in the inframammary crease, not greater than 10 cm. length, we present a new technique of reduction mammoplasty which has been performed in 52 patients whose ages ranged from 16 to 70 years old and had large mammary hypertrophy or gigantomasty. This technique, managed to withdraw up to 1.500 gr. of breast tissue, has a dial that allows from the start resects excess tissue of the lower pole of the breast, resulting in a scar no more than 10 cm length in the inframammary crease, because the medial and lateral extensions have been treated with superficial liposuction. A pedicle adipose-gland flap will help to raise the breast, filling the upper pole and increasing its projection.

**Key words** Reduction mammoplasty, Hypertrophic breast, Gigantomasty, Liposuction.

**Numeral Code** 521-5210

\* Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

\*\* Médico Interno Residente.

## Introducción

Para la corrección quirúrgica de la hipertrofia mamaria y de la gigantomastia se han descrito numerosas técnicas por diferentes autores basadas, principalmente, en la resección de tejido glandular, adiposo y piel. En las técnicas convencionales la corrección de las prolongaciones mamarias axilar y medial da como resultado la mayoría de las veces una cicatriz bastante extensa en el surco inframamario, que en la región medial puede llegar al apéndice xifoideo y lateralmente sobrepasar la línea axilar anterior en dirección dorsal (1,2).

Tratando de disminuir estas cicatrices, se crearon otras técnicas como las de cicatriz vertical (3-6), cicatriz en J (7), en L (8) o periareolar (9,10), pero muchas veces, en mamas muy hipertróficas, no logran alcanzar los resultados deseados, necesitando en algunas ocasiones revisión quirúrgica posterior.

Con el afán de encontrar un punto medio de equilibrio entre las técnicas de mayores y menores cicatrices en las pacientes con hipertrofia mamaria muy importante y gigantomastia, y tomando como base las técnicas anteriormente descritas, hemos creado una técnica en la que simplificando desde el inicio la marcación, se logra reducir a no más de 10 cm. la longitud de la cicatriz del surco inframamario que tanto disgusta a las pacientes.

## Material y método

Realizamos este trabajo sobre un total de 52 pacientes de nuestra práctica privada operadas entre enero del 2004 y diciembre del 2012, cuyas edades oscilaron entre los 16 y los 70 años (Tabla I): 35 pacientes presentaban hipertrofia muy importante y 17 gigantomastia (Tabla II) de acuerdo a la clasificación de hipertrofia mamaria de Lalardrie y Juglard (1973):

- Mama Ideal: 250 a 300 g.
- Hipertrofia moderada: 400 a 600 g.
- Hipertrofia importante: 600 a 800 g.
- Hipertrofia muy importante: 800 a 1.000 g.
- Gigantomastia: más de 1.000 g.

### Técnica quirúrgica

Todas las pacientes fueron intervenidas bajo anestesia general; de rutina colocamos drenajes a presión negativa

Tabla I. Clasificación de las pacientes según su edad

Edad	Nº pacientes	%
16 a 20 años	15	28,85
20 a 30 años	16	30,75
30 a 40 años	9	17,30
40 a 50 años	8	15,40
50 años y más	4	7,70
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00</b>

Tabla II. Clasificación de las pacientes según el grado de hipertrofia mamaria

Grado de Hipertrofia	Volumen	Nº pacientes	%
Muy importante	> 800 g.	15	28,85
Gigantomastia	1500 g.	17	33
<b>Total</b>		<b>52</b>	<b>100</b>

continua hasta las 72 horas de postoperatorio, según el caso. Todas las pacientes usaron un sujetador ortopédico durante un mes tras la operación, las 24 horas del día.

### Marcación

Antes de la cirugía y con la paciente de pie, marcamos los siguientes puntos:

1. Punto medio en la horquilla esternal, línea medio esternal, surco inframamario y nuevo surco inframamario 2 cm. por encima del anterior (Fig. 1).
2. Punto a nivel hemiclavicular a 7 cm. del punto medio de la horquilla esternal, desde donde se traza una línea recta, perpendicular y continua, hasta el nuevo surco inframamario que ya ha sido previamente marcado. Marcamos también el punto D en el nuevo surco que estará entre 8 a 10 cm. de la línea medio esternal (Fig. 2).
3. Punto A en la línea medio clavicular. La distancia de la horquilla esternal al punto A es de 17 a 20 cm., dependiendo de la ptosis de la mama.
4. Ayudándonos de la maniobra bidigital, marcamos los puntos B y C en los bordes medial y lateral de la areola, a nivel del pezón. (Fig. 3).

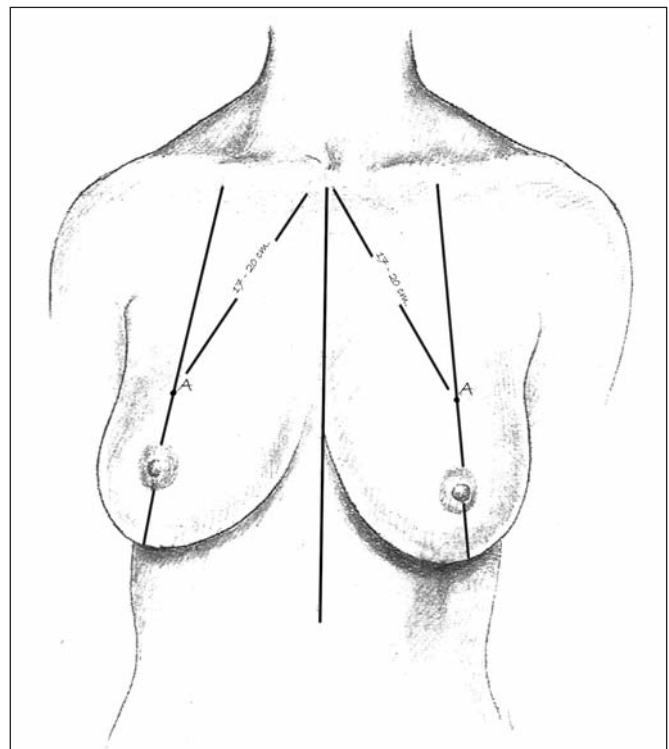


Fig. 1. Marcación de línea medio-xifoidea, línea medio-clavicular a 7 cm. de horquilla esternal y que atraviesa el CAP hasta el surco inframamario. Marcación del punto A que estará de 17 a 20 cm de la horquilla esternal.



Fig. 2. Marcación del nuevo surco inframamario, 2 cm por encima del original. Marcación del punto D en el nuevo surco inframamario, de 8 a 10 cm de la línea media xifoidea.

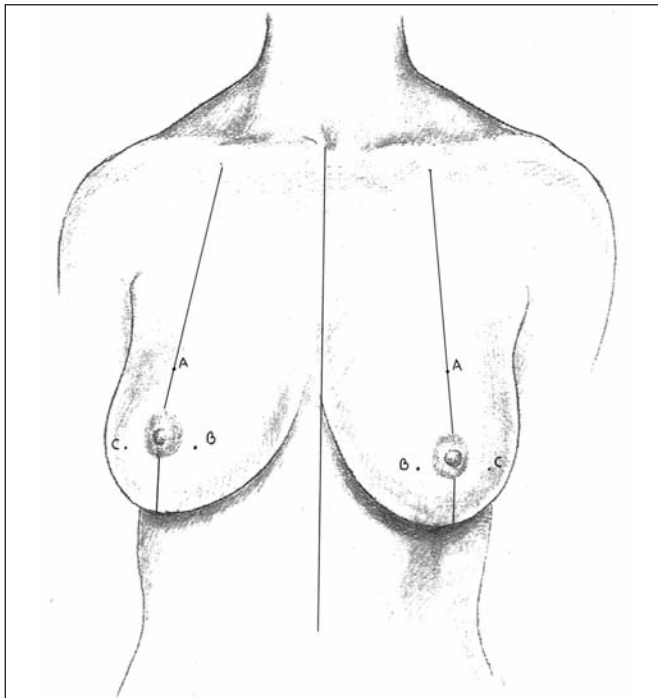


Fig. 3. Marcación de los puntos B y C en los bordes medial y lateral de la areola a nivel del pezón, ayudándonos de la maniobra bidigital.

5. Puntos B' y C' que estarán de 6 a 8 cm. en la prolongación caudal de los puntos B y C. (Fig. 4).
6. Puntos B'' y C'' que son la prolongación caudal de B' y C' en el nuevo surco inframamario (Fig. 4).
7. Punto E lateral en el nuevo surco inframamario; la distancia de E a C'' en el nuevo surco no será mayor de 6 cm. de longitud (Fig. 4).
8. Punto F medial en el nuevo surco inframamario;

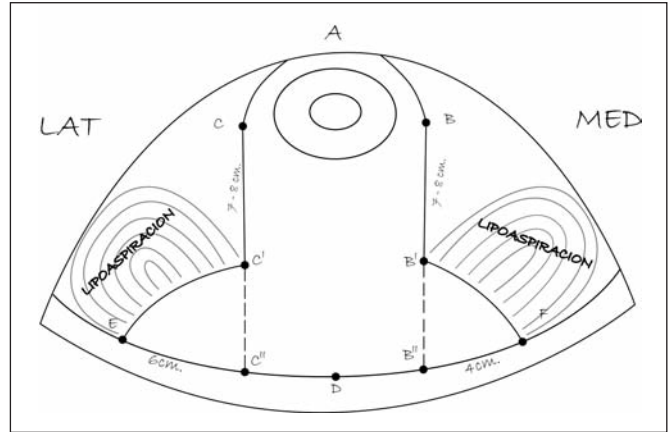


Fig. 4. Marcación de los puntos B' y C', de 6 a 8 cm de la prolongación caudal de los puntos B y C. Marcación de los puntos B'' y C'' que son la prolongación caudal de los puntos B' y C' en el nuevo surco inframamario. Marcación del punto E lateral en el nuevo surco inframamario; la distancia de E a C'' en el nuevo surco no será mayor de 6 cm. Marcación del punto F medial en el nuevo surco inframamario, la distancia de F a B'' en el nuevo surco no será mayor de 4 cm. Unión de los puntos EC' y FB' con líneas curvas. Marcación de las prolongaciones mamarias medial y lateral que se van a lipoaspirar, que en algunos casos puede llegar hasta la línea axilar posterior.

la distancia de F a B'' en el nuevo surco no será mayor de 4 cm. (Fig. 4).

9. Unión de los puntos EC' y FB' con líneas curvas (Fig. 4).
10. Marcación de las prolongaciones mamarias medial y lateral que se van a lipoaspirar, y que en alguno de los casos pueden llegar hasta la región axilar posterior (Fig. 4).

Realizamos lipoaspiración superficial de prolongación mamaria medial y lateral previa infiltración tumescente (técnica de Souza Pinto). Continuamos con la cirugía mamaria propiamente dicha. Incidimos sobre las áreas previamente marcadas, desepitelizamos el triángulo comprendido entre los puntos A, B y C. ayudándonos con la maniobra de Schwartzman y practicamos escisión y resección del tejido mamario de forma cónica que se encuentra en el área comprendida entre los puntos B, C, E y F. Seguidamente, llevamos a cabo disección y despegamiento del polo superior de la mama sobre la aponeurosis muscular, hasta el tercer arco costal. El siguiente paso consiste en elaborar un colgajo glánduloadiposo de pedículo superior, que diseñamos en forma de U invertida y rotado sobre su propio eje para poder fijarlo en el periostio del tercer arco costal con mononylon 2-0 (técnica de Souza Pinto), con la finalidad de llenar el polo superior de la mama. Suturamos los pilares de la mama con 3 puntos de nylon 2-0 para formar el cono mamario y dar mayor proyección a la mama y reseca la piel sobrante; sutura del tejido subcutáneo con puntos simples con monocryl 4-0 y sutura de piel con puntos intradérmicos continuos de monocryl 3-0. Finalizamos con la reposición del complejo areola-pezón (CAP) y su sutura en dos planos, con monocryl 4-0.

## RESULTADOS

Mediante la técnica que presentamos hemos logrado reducir en 17 pacientes 1.500g. de tejido mamario, en 6

pacientes 1.350g., en 15 pacientes 1.200g. y en 14 pacientes de 900 a 1000g. de tejido mamario, con un máximo de 1.500 g., una media de 1.250 g. y una mínima de 900 g., manteniendo una buena forma, sin alterar la función glandular, conservando la sensibilidad del CAP y con un polo superior lleno por el colgajo glanduloadiposo superior (11) (Tabla III).

Logramos también ascender el CAP con una elevación máxima de 12 cm., una elevación mínima de 8 cm, y una media de 10 cm., y todo ello con facilidad y sin tracción (Tabla IV). Las pacientes presentaron buena retracción de la piel en las prolongaciones mamarias medial y lateral debido a la lipoaspiración superficial practicada (6,11) y obtuvimos una cicatriz horizontal en el surco inframamario de hasta de 10 cm. de longitud, con una mínima de 8 cm. y una media de 9 cm., muy bien aceptada por las pacientes (Tabla V) (Fig. 5-8).

Valoramos el grado de satisfacción de las pacientes tomando en cuenta la forma de la mama, su tamaño, simetría, elevación del CAP y cicatriz. Fue muy importante para nosotras saber que ninguna de las pacientes estaba insatisfecha con los resultados de la cirugía, y que el 46% estaba muy satisfecho con los resultados (Tabla VI).

Debido a que se incluyó en la marcación inicial el tejido a resecar en los cuadrantes inferiores de la mama asociado a lipoaspiración de las prolongaciones medial y lateral, logramos disminuir el tiempo quirúrgico de 4 a 3 horas en relación a las técnicas que realizábamos inicialmente, en las que la resección del cuadrante inferior se hacía al final de la cirugía.

**Tabla III. Clasificación de las pacientes según el volumen de tejido resecado y lipoaspirado**

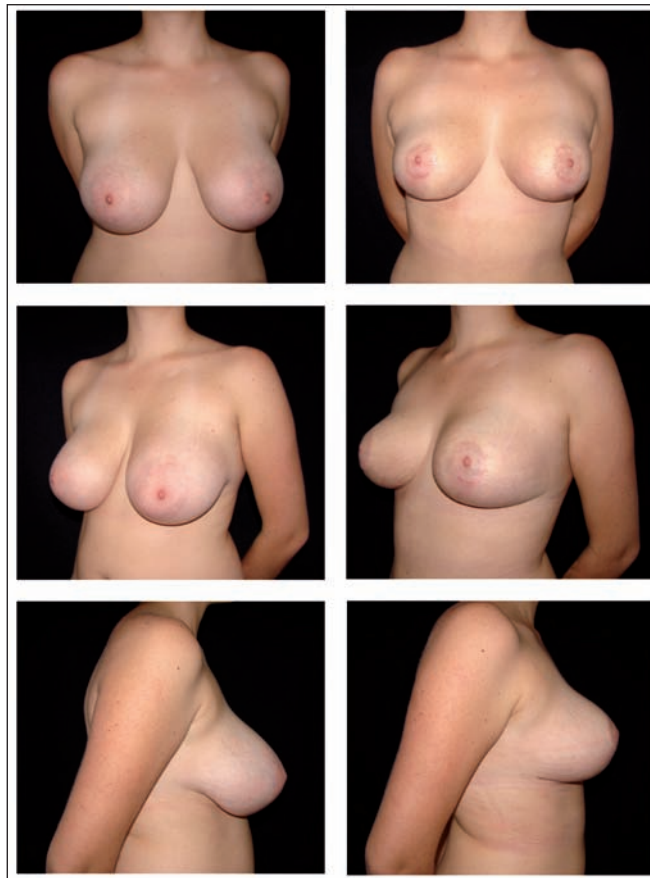
Nº de pacientes	Volumen total de tejido extirpado	Tejido resecado	Tejido lipoaspirado
17	1.500 g.	1.100 g.	400 g.
6	1.350 g.	900 g.	450 g.
15	1.200 g.	700 g.	500 g.
14	900 – 1000 g.	600 g.	300 – 400 g.

**Tabla IV. Clasificación de pacientes según elevación del CAP**

Nºde pacientes	Elevación del CAP	%
14	12 cm.	27
22	10 cm.	42
16	8 cm.	31

**Tabla V. Clasificación de pacientes según longitud de la cicatriz en surco inframamario**

Nºde pacientes	Longitud cicatriz
21	10 cm.
23	9 cm.
8	8 cm.



**Fig. 5. Caso 1. Preoperatorio (izda.) y postoperatorio (dcha.) al año. Tejido mamario total extirpado 900 gr; tejido mamario resecado 600 gr y tejido mamario lipoaspirado 300 gr. Elevación del CAP 9 cm.**

Como complicaciones, debemos mencionar que de las 52 pacientes intervenidas quirúrgicamente, 4 presentaron dehiscencia de sutura de 1 a 2 cm. en la unión de la sutura vertical con la horizontal a partir de los 10 días de postoperatorio, que no necesitó reintervención quirúrgica; 3 pacientes sufrieron cicatrices hipertróficas que fueron tratadas con aplicación de triamcinolona y compresión; 1 paciente sufrió necrosis grasa; 2 pacientes hipoestesia en el cuadrante lateral de la mama que desapareció a los 6 meses y 1 paciente tuvo un hematoma en el postoperatorio que fue drenado inmediatamente (Tabla VII).

## Discusión

De acuerdo a la casuística que presentamos en este trabajo, fueron intervenidas pacientes de nuestra práctica privada desde los 16 años de edad que requerían una solución a las molestias que sentían por el peso y la ptosis de sus mamas, y que al mismo tiempo no querían una cicatriz extensa a nivel del surco inframamario (1,2,12-14) que pudiera evidenciarse fácilmente con ciertas vestimentas.

Basándonos en los conocimientos aprendidos de nuestros profesores y colegas, creamos una nueva técnica de reducción mamaria en la que se incluyó desde la marcación inicial, la cantidad de tejido mamario a resecar en el polo inferior comprendido entre los puntos BC, FB' y EC',

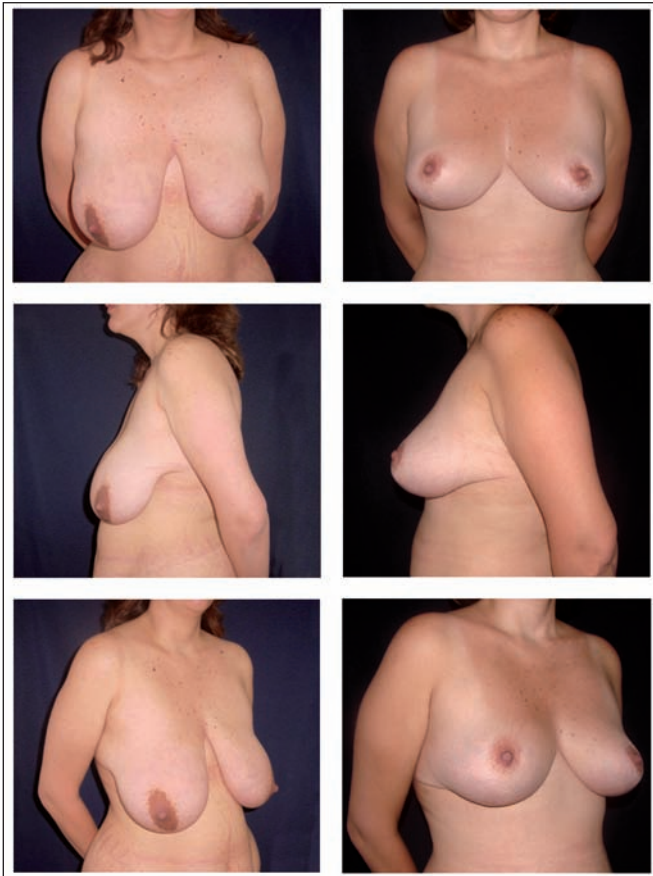


Fig. 6A. Caso 2. Preoperatorio (izda.) y postoperatorio (dcha.) a los 2 años. Tejido mamario total extirpado 1.350 gr.; tejido mamario resecado 900 gr. y tejido mamario lipoaspirado 450 gr. Elevación del CAP 12 cm. Longitud de la cicatriz en surco inframamario 9 cm.

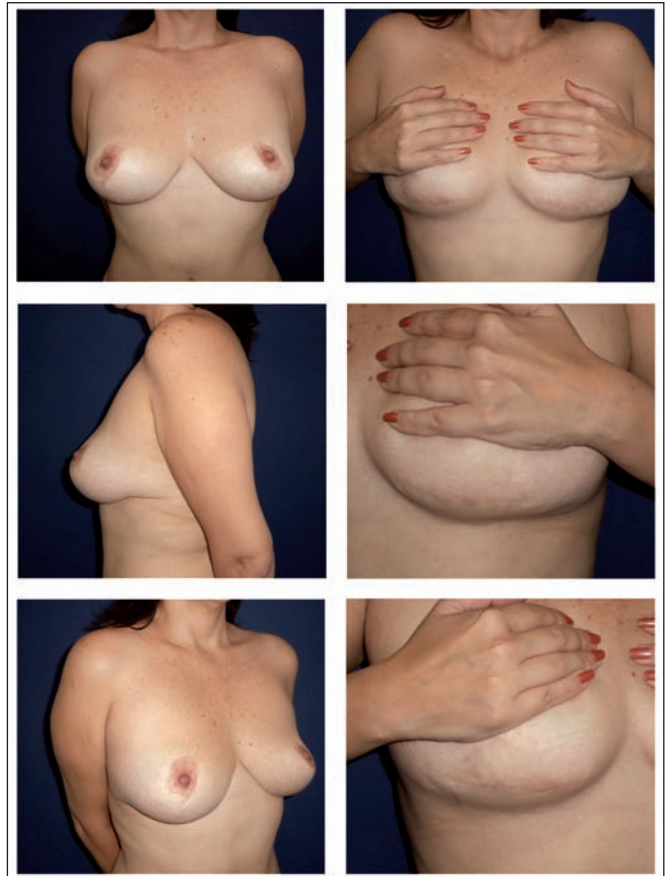


Fig. 6B. Caso 2. Persistencia de los resultados en el tiempo. Postoperatorio a los 8 años (izda.) y detalle de la cicatriz del surco inframamario (dcha.).

Tabla VI. Grado de satisfacción de las pacientes

Nº de pacientes	Grado de satisfacción	%
24	Muy satisfechas	46,2
26	Satisfechas	50
2	Medianamente satisfechas	3,8
0	Insatisfechas	0

Tabla VII. Complicaciones

Complicación	Nº pacientes	%
Dehiscencia de sutura	4	7,6
Cicatriz hipertrófica	3	5,7
Hipoestesia	2	3,8
Hematoma	1	1,92
Necrosis grasa	1	1,92

previniendo ptosis inmediatas muy comunes en el caso de hipertrofias muy importantes y de gigantomastias operadas con técnicas tradicionales de cicatriz vertical (3-6).

Asociamos algunos procedimientos quirúrgicos que dieron como resultado en el surco inframamario una cicatriz de 10 cm. de longitud como máximo, gracias a la lipoaspiración superficial de las prolongaciones mamarias lateral y medial que favorece la retracción de la piel

por la reorganización de las fibras de colágeno, delineando el contorno final de la mama (3,4,6,11).

Al practicar disección y despegamiento del polo superior de la mama hasta el tercer arco costal para que haya una completa movilización del mismo, facilitamos la fijación del colgajo glanduloadiposo de base superior que ha sido disecado por detrás del CAP. El espesor del CAP no debe ser mayor de 1 cm. con la finalidad de poderlo reposicionar; de esta forma logramos que el CAP ascienda con facilidad y sin tracción hasta 12 cm., no teniendo hasta el día de hoy ningún tipo de necrosis de areola entre nuestros casos.

La sutura de los pilares de la mama la hacemos con material no reabsorbible; tenemos la posibilidad de estrechar la base de la mama cuanto sea necesario para lograr una mejor proyección del cono mamario. Al mismo tiempo, llevamos la mama hacia la línea media, ya que en la gran mayoría las mamas con hipertrofia muy importante o en las gigantomastias, existe también una marcada lateralización.

La ptosis recidivante se evita teniendo un punto de equilibrio entre contenido y continente, por lo cual cuando es necesario, retiramos más tejido mamario llegando a resecar hasta 1.500 g. y piel entre los puntos CC' - BB' y FB' - EC'.

Debido a la fácil marcación y ejecución de esta técnica quirúrgica, en nuestra práctica llegamos a disminuir el tiempo quirúrgico de 4 a 3 horas.



Fig. 7. Caso 3. Preoperatorio (izda.) y postoperatorio (dcha.) al año. Tejido mamario total extirpado 1.500 gr; tejido mamario resecado 1.100 gr. y tejido mamario lipoaspirado 400 gr. Elevación del CAP 12 cm.



Fig. 8A. Caso 4. Preoperatorio (izda.) y postoperatorio (dcha.) al año. Tejido mamario total extirpado 1.000 gr; tejido mamario resecado 600 gr. y tejido mamario lipoaspirado 400 gr. Elevación del CAP 10 cm. Longitud de la cicatriz en surco inframamario 10 cm.

Además evitamos también amputaciones o mastectomías subcutáneas asociadas al uso de prótesis mamarias e injertos del CAP, muy utilizados en casos de hipertrofias muy importantes o gigantomastias (15).

## Conclusiones

Revisando la casuística de mamoplastia de reducción en hipertrofias muy importantes y gigantomastias realizadas solo con cicatriz vertical, observamos que las pacientes presentaban con frecuencia ptosis inmediatas en el postoperatorio. Con la finalidad de evitarla, creamos una técnica de fácil ejecución en la cual se compensó el excedente de piel con una cicatriz a nivel de surco inframamario que no rebasa los 10 cm de longitud, gracias al empleo de lipoaspiración superficial en las prolongaciones mamarias medial y lateral.

Las pacientes de nuestro grupo de estudio fueron evaluadas en un periodo de hasta 8 años, comprobando que hasta los 2 a 3 años de postoperatorio se observa la ptosis normal de la evolución de una mama por acción de la gravedad, posición ortostática, aumento y descenso de peso. Todas ellas manifestaron estar satisfechas con los resultados por presentar unas mamas de tamaño apropiado para cada caso, con buena forma, conservando su morfología y fisiología, pero sobre todo, con cicatrices reducidas, estéticamente aceptables si partimos de la base de que la Cirugía Plástica debe ser discreta.

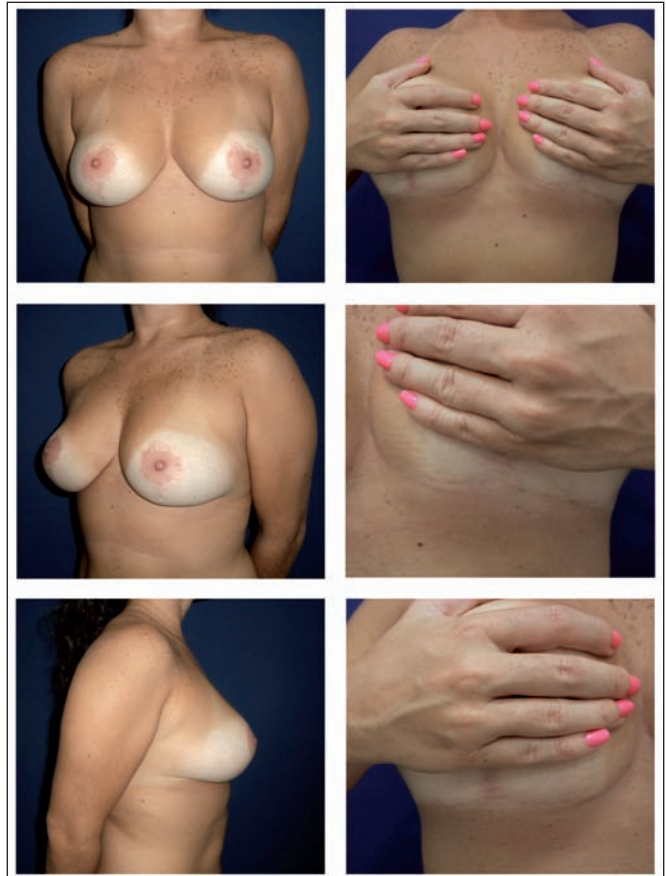


Fig. 8B. Caso 4. Persistencia de los resultados en el tiempo. Postoperatorio a los 6 años (izda.) y detalle de la cicatriz del surco inframamario (dcha.).

## Dirección del autor

Dra. Marcela Yépez Intriago  
Urdesa Central-Calle Leónidas García (segunda) # 716  
entre Ficus y Guayacanes  
Guayaquil, Ecuador  
e-mail: clincorp@tvcable.net.ec

## Bibliografía

1. **Pitanguy I.:** 1. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br. J. Plast. Surg.* 1967; 20:78-84.
2. **McKissock PK.:** Reduction Mammoplasty with a vertical Dermal Flap. *Plast. Reconst. Surg.* 1972; 49:245- 252.
3. **Lejour M.:** Vertical mammoplasty and Liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94(1): 100 -114.
4. **Peixoto G.:** Reduction mammoplasty: A personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980; 65: 217-226.
5. **Ribeiro L.:** A new technique for reduction mammo-plasty. *Plast Reconstr Surg.* 1975; 55(3): 330 -334.
6. **Souza Pinto EB, Erazo, P.J., Muniz A.C. y col.:** Breast reduction: Shortening scars with liposuction, *Aesth. Plast. Surg.* 1966; 20(6): 481-488.
7. **Berrocal M.:** Cicatriz en J para reducción de grandes hipertrofias mamarias. Experiencia personal en 536 casos. *Cir plást iberolatinoam.* 2000; 26(3): 231 -242.
8. **Rodríguez-Camps, S.:** Mamoplastia de reducción en "L". Un nuevo camino. *Cir.plást.iberlatinoam.* 1999; 25(1): 45-55.
9. **Benelli L.:** A new periareolar mammoplasty the round block technique. *Aesth. Plast. Surg.* 1990; 14(1): 93-100.
10. **Bozola A.:** Periareolar Breast reduction. *Aesth. Plast. Surg.* 2009; 33(2): 228- 234.
11. **Souza Pinto EB, Erazo P.J., Muniz A.C. y col.:** Superficial Liposuction. *Aesth. Plast. Surg.* 1996; 20(2): 111-122.
12. **Strombeck JO.:** Mammoplasty: Report of a New Technique Based on the Pedicle Procedure, *Br. J. Plast. Surg.* 1960; 13-79.
13. **Chiari A. Th L:** Short Scar Mammoplasty: A new Approach. *Plast Reconstr Surg.* 1992; 90:233- 246.
14. **Graf R, Biggs TM.:** In search of better shape in mastopexy and reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110(1):309-17; discussion 318-22.
15. **Thorek M.:** Plastic Reconstruction of the Breast and free transplantation of de nipple. *Int. Surg.* 1946; 9: 194-199.

## Comentario al artículo "Mamoplastia de reducción con cicatrices pequeñas para grandes hipertrofias mamarias y gigantomastias"

Dra. Ruth Graf y Dra. Maria Cecila Kloss Ono

Profesoras de Cirugía Plástica De la Universidad Federal de Paraná, Brasil

Este artículo sobre mamoplastia de reducción con cicatrices pequeñas para grandes hipertrofias y gigantomastias se incluye entre los que más recientemente abordan el tema: mamas con buena forma y cicatrices reducidas.

La descripción quirúrgica está plenamente elaborada y los resultados de la autora son excelentes, manteniendo un buen llenado del polo superior y cicatrices de buena calidad tal y como se ve en las figuras incluidas en el artículo.

Un aspecto importante es la lipoaspiración realizada en todas las pacientes, lo que ayudó principalmente en el aspecto lateral de las mamas, reduciendo la extensión de la cicatriz horizontal.

No estamos de acuerdo con los 7 cm desde la horquilla externa en dirección de la clavícula, preferimos utilizar la distancia de 5 cm para no dejar la areola lateralizada al final de la cirugía; también cuando hacemos el despegamiento preferimos llegar hasta el segundo arco costal para obtener una mayor pexia de la mama (1).

La técnica descrita por Marchac de cicatriz vertical con horizontal corta no aparece citada en este artículo y la recordamos, pues este autor fue el primero en describir la importancia de dejar una cicatriz horizontal corta en la era de las cicatrices reducidas, donde se intentaba emplear una cicatriz vertical para todo tipo de mama, con resultados muchas veces no deseados (2-4).

La importancia de añadir una cicatriz horizontal en estos tipos de mama es vital para evitar resultados como ptosis, polos inferiores abultados y prolongación de la cicatriz vertical por debajo del surco infra-

mamario. La autora está acertada al enfocarse en este punto y tratar de mantener una cicatriz horizontal corta sin alterar la forma de las mamas.

Personalmente preferimos utilizar un colgajo de pared torácica para mantener la elevación muscular y obtener así un buen llenado del polo superior de las mamas y un menor índice de ptosis a largo plazo (5).

El porcentaje de complicaciones de la autora fue de alrededor del 10%, aceptable para este tipo de procedimientos en mamas grandes y ptósicas.

### Bibliografía

1. **Biggs TM, Graf R, Taneja A.:** Maintaining shape in mastopexy. *Aesth. Surg. J.* 2003;23(5):391-2.
2. **Marchac D, De Olarte G.:** Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast. Rec. Surg.* 1982;69(1):45-55.
3. **Marchac D.:** Reduction mammoplasty with short inframammary scar. *Plast. Rec. Surg.* 1986;77(5):859-60.
4. **Marchac D, Sagher U.:** Mammoplasty with a short horizontal scar. Evaluation and results after 9 years. *Clin. in Plast Surg.* 1988;15(4):627-39.
5. **Graf R, Reis de Araujo LR, Rippel R, Neto LG, Pace DT, Biggs T.:** Reduction mammoplasty and mastopexy using the vertical scar and thoracic wall flap technique. *Aesth. Plast. Surg.* 2003;27(1):6-12.

## Discussao do artigo "Mamoplastia reductora com cicatrizes reduzidas para grandes hipertrofias e gigantomastias"

Dra. Ruth Graf y Dra. Maria Cecila Kloss Ono

Professoras de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Paraná, Brasil

Este artigo sobre mamoplastia reductora com cicatrizes reduzidas para grandes hipertrofias e gigantomastias esta incluído entre os artigos mais recentes que abordam o tema: mamas com boas formas e cicatrizes reduzidas.

A descrição cirúrgica foi plenamente elaborada e os resultados da autora são excelentes, com boa manutenção do preenchimento do polo superior e cicatrizes de bom aspecto nas figuras incluídas no artigo.

Um aspecto importante foi a lipoaspiração realizada em todas as pacientes, o que auxilia muito nestes casos, principalmente no aspecto lateral das mamas, fato este que reduz a extensão da cicatriz horizontal.

Discordamos da distancia de 7 cm da fúrcula externa em direção a clavícula, preferimos utilizar a distancia de 5 cm, para não deixar a areola lateralizada no final da cirurgia e também quanto ao descolamento preferimos ir ate o segundo arco costal para uma pexia maior das mamas (1).

A técnica descrita por Marchac de cicatriz vertical com horizon-

tal curta nao foi citada neste artigo e relembramos aqui pois este autor foi o primeiro a descrever a importância de se fazer uma cicatriz horizontal curta na era das cicatrizes reduzidas onde tentava-se fazer cicatriz vertical para todo o tipo de mamas com resultados muitas vezes aquém do desejado(2-4).

A importância de se adicionar uma cicatriz horizontal nestes tipos de mamas e de fundamental importância para evitar resultados com ptose, polos inferiores abaulados e mesmo prolongamento da cicatriz vertical abaixo do SSM. A autora foi feliz em focar neste ponto e tentar manter uma cicatriz horizontal curta, sem detrimento da forma das mamas.

Pessoalmente preferimos utilizar um retalho de parede torácica com a manutenção da alça muscular para obter um resultado com bom preenchimento do polo superior das mamas e menor índice de ptose a longo prazo(5).

O índice de complicações da autora foi ao redor de 10%, aceitável para este tipo de procedimento em mamas grandes e ptosadas.

## Respuesta al comentario de la Dra. Graf

Dra. Marcela Yépez

Es para mí un honor que este artículo haya sido revisado por la Dra. Ruth Graf, a quien conozco y admiro por toda su trayectoria científica, trabajos publicados y presentaciones en congresos.

Como ella manifiesta, creemos que no podemos realizar a las mamas que presentan grandes hipertrofias y gigantomastias una reducción y mastopexia solamente con una técnica de cicatriz vertical, por los resultados desagradables y la ptosis que se van a presentar, siendo necesario complementarlas con una cicatriz horizontal en el surco inframamario, no mayor de 10 cm de longitud y que va ser aceptada por las pacientes.

Con respecto a la distancia de la horquilla externa a la clavícula de 7 cm de longitud hemos centralizado las mamas aún en los casos más lateralizados que hemos tenido, pero para obtener mejores resultados seguiremos en el futuro la sugerencia de la Dra. Graf de 5 cm de longitud.

Con el colgajo glandulo adiposo de base superior hemos obtenido

un buen llenado del polo superior al mismo tiempo que nos ha ayudado en la elevación de la mama para prevenir futuras ptosis.

Nos parece apropiada la referencia bibliográfica que aporta la Dra. Graf; de esta manera ampliaríamos con el trabajo del Dr. Marchac la revisión que hemos hecho para este artículo y nos parece justo citarlo entre los pioneros de la idea de cicatrices reducidas en mamoplastia de reducción. Revisando el trabajo creemos sin embargo que su idea ya no es aplicable porque en la actualidad ha sido mejorada la metodología de marcación; además, si bien su idea nace como una técnica de cicatriz vertical y termina también con una cicatriz horizontal en el surco inframamario, es muy diferente a la técnica de reducción mamaria que estamos presentando en la que hemos incluido desde la marcación inicial la cantidad de tejido mamario y piel a resecar en el polo inferior, con lo cual obtenemos en el nuevo surco inframamario una cicatriz horizontal reducida con una longitud previamente calculada.